

Kochman

Die
Behandlung
der
Hämorrhoiden
mit
Antiphlebin

Hans Schattschneider
Hamburg 36, Colonnaden 92.
Fachhaus für Ärzte- und Krankenhaus-Bedarf

Sächsisches Serumwerk A.-G. Dresden

WELLCOME LIBRARY
pam
WI 600
1 9 3 5
5 1 2 b



22501441222

„Die Therapie des Hämorrhoidalleidens ist eine alte crux medicorum.

Bis vor wenigen Jahren spielte die chirurgische Therapie des Leidens eine dominierende Rolle.

Die Unmöglichkeit der Rezidivverhinderung hat die chirurgische Therapie immer mehr in den Hintergrund geschoben, ihr Indikationsgebiet eingeengt und zur medikamentösen lokalen Therapie geführt. Eine riesengroße Anzahl von Präparaten, Salben, Zäpfchen steht zur Verfügung.

Zwischen diesen zwei Methoden, der chirurgischen und der internen, steht die Injektionsbehandlung. Sie wurde schon viele Jahre vor dem Krieg ausgeübt. Der einzig gangbare Weg in dieser Richtung bestand nur in der von Boas zum ersten Male vorgeschlagenen und durchgeführten Alkoholinjektionsbehandlung. Dieser ausgezeichneten Methode haften zwei Nachteile an. Sie erfordert erstens eine chirurgische Vorbereitung (zur Anästhesierung des Analkringes) und zweitens eine Nachbehandlung mit mehrtägiger Bettruhe und Berufsstörung.“ (Kirschen -8-.)

In den letzten Jahren erschienen nun aus dem Auslande verschiedene Arbeiten, die Chininlösungen besonders zur Hämorrhoidenverödung empfehlen. (Bensaude, Bellot.) Ganz besonders bewährt hat sich das Antiphlebin, eine konzentrierte Chininsalzlösung, die durch Zusatz eines Anästhetikums noch wesentlich verbessert wurde. Der große Vorteil des Antiphlebins ist:

1. Verwendung kleinster Mengen (2—4 Tropfen pro Knoten) zur Erzielung einer sicheren Verödung.
2. Einfachheit und Schmerzlosigkeit des Eingriffes, der keinerlei besondere Vorbereitung, wie Anästhesie, oder besondere Nachbehandlung erfordert,
3. hierdurch die Möglichkeit, die Kranken ambulant zu behandeln, wodurch
4. eine besondere Wirtschaftlichkeit der Methode gegeben ist, im Vergleich zum operativen oder konservativen Verfahren (Zäpfchen, Salben, interne Behandlung).

Zur Beachtung: Die Wiedergabe von Literaturstellen ist meist in Form von Auszügen und wegen des zur Verfügung stehenden Raumes in Zusammenziehung erfolgt. Das Studium der ausführlich gehaltenen Arbeiten wird dringendst empfohlen.

Die Zahlenangaben beziehen sich auf das Literaturverzeichnis Seite 14.

Die Technik der Verödung.

Nach Glaser (2) verfährt man wie folgt:

„Zur Vorbereitung lasse ich möglichst zu Hause eine Spülung machen, damit die unteren Darmteile kotfrei sind und nach der Injektion kein Stuhldrang kommt. Das Wichtigste ist und bleibt die Sichtbarmachung der Knoten, da man nur unter Leitung des Auges, nie palpatorisch, injizieren soll. Mir hat sich am besten die Knie-Ellenbogenlage bewährt; die Knoten kommen am besten heraus und lassen sich gut reponieren. Allerdings ist es für viele Patienten sehr beschwerlich, etwa 15 Minuten mit herunterhängendem Kopf zu bleiben. Daher läßt es sich mitunter, besonders bei älteren Patienten, nicht durchführen. Man muß dann den Patienten in Seitenlage mit angezogenen Knien oder in geburtshilflicher Stellung spritzen. Der After wird gereinigt, mit Alkohol abgerieben. Bei besonders empfindlichen Patienten pflege ich einen mit 2prozentiger Percainlösung oder ähnlicher getränkten Wattebausch 5 Minuten im After liegenzulassen, lasse erst dann die Knie-Ellenbogenlage einnehmen. In den seltenen Fällen, in denen es sich nur um äußere entzündete Knoten handelt, kann man sofort injizieren. Das ist z. B. möglich bei den schweren eingeklemmten Fällen, in denen die Patienten heftigste Schmerzen haben. In der Mehrzahl muß man die Knoten „einstellen“. Ich benutze zu dem Zweck die Methode der Afteransaugung mit gewöhnlichem Bierschen Saugnapf. Man fettet einen Saugnapf von etwa 5 cm Durchmesser gut ein und setzt ihn auf den Anus. Am besten mit einer Hebelbewegung, die den After von unten — distal — nach oben drängt. Wenn der Napf saugt — bei Männern mißlingen mitunter die ersten Versuche —, läßt man ihn etwa 10 Minuten saugen. Dann sieht man die prall gefüllten, entzündeten Knoten oft in mehreren Kränzen um den After. Jetzt kommt die Injektion. Da mache man es sich zur Regel, **nur entzündete, prall gefüllte Knoten zu spritzen, niemals fibröse Knoten.** Es muß dann schnell gehen, da die Knoten leicht zurückrutschen. Man beginne bei den inneren, also den am höchsten sitzenden. Der Einstich entspricht nach Schmerz und Technik einer intravenösen Injektion, d. h. man hat das Gefühl, daß die Nadel im Lumen ist. Wenn man sich strikt daran hält, nur die wirklich prall entzündeten Knoten zu spritzen, werden selten mehr als drei oder vier in Frage kommen. Die kleineren, unter erbsgroßen Knoten zu spritzen, ist unnötig. Im all-

gemeinen spritzt man in jeden Knoten 2 Tropfen Antiphlebin, bei Knoten von Haselnußgröße 3 Tropfen, von Walnußgröße und mehr an zwei Einstichstellen je 3 Tropfen. Zur Injektion empfehle ich Rekordspritzen mit Drehkolben. Eine halbe Umdrehung des Stempels entspricht genau einem Tropfen Antiphlebin. Bei großen, sehr stark gefüllten Knoten evtl. 1—2 ccm Blut aspirieren und erst dann spritzen. **Sofort nach der Injektion versuche man, die Knoten zu reponieren.** Bei guter Reposition geht die Heilung schneller, die Beschwerden sind viel geringer. Man reponiert durch den mit Fingerling bekleideten Zeigefinger, den man einige Augenblicke als eine Art leichter Massage im After läßt. Dann ein Zäpfchen einführen, bei leichteren Fällen genügt eins der üblichen Hämorrhoidalzäpfchen, in schwereren ist Papaverin und Adrenalinzusatz angebracht. Jetzt Salbenlappen, der sich selbst festhält, nur bei besonders schweren Blutungen eine T-Binde. Patient geht nach Hause. Auch in ganz schweren Fällen konnte ich die Injektion ambulant ausführen und den Patienten ohne weiteres dann nach Hause entlassen. Wenn irgend möglich aber danach 3—4 Stunden Bettruhe, und möglichst 24 Stunden kein Stuhlgang. Nach 24 Stunden ist fast immer die Thrombosierung so weit, daß der Stuhl keinen Schaden anrichten kann. Doch empfiehlt sich stets, vor der Defäkation den After und Rectum mit Salbe einfetten zu lassen. Bei sehr schweren Fällen, sehr großen Knoten, starken Blutungen, oder Patienten mit schwerer Obstipation, lasse ich vor dem ersten Stuhlgang 20—30 ccm warmes Olivenöl in den After spritzen.“

Die Technik der anderen Autoren ist im allgemeinen die gleiche. Einige, wie Dresel (6), verzichten auf das manchmal vom Patienten als lästig empfundene Ansaugen und begnügen sich, die Knoten, sei es durch Pressen des Patienten, sei es durch Sitzenlassen desselben auf einem Topf mit heißem Wasser, zum Erscheinen zu bringen.

Kirschen (8) hat noch folgende Abänderung getroffen: „Nach der ersten Untersuchung, wobei wir öfters auch sofort rektoskopierten (um uns bei inneren Knoten über deren Sitz und Größe zu informieren), wurden die Patienten für den nächsten Tag bestellt mit der Anweisung, darauf bedacht zu sein, 24 Stunden keinen Stuhl zu haben. Diese Maßnahme erwies sich besonders bei inneren Knoten als sehr zweckmäßig, da dieselben nächsten Tag blutreicher waren und besser zur Darstellung gebracht werden konnten, als wenn der Patient unmittelbar vor der Behandlung defäziert hatte. Im Notfalle

scheuten wir nicht davor zurück, dem Patienten zu diesem Zwecke Tinct. opii zu geben. In jeden größeren Knoten drückten wir nun mit einer speziellen Spritze (Rekordspritze mit Schraubenkolben) je 3—4 Tropfen Antiphlebin ein, wobei wir bald die Erfahrung machten, daß es am besten sei, das Medikament nicht zentral, sondern an die Basis des Knotens zu deponieren. Die Nadel soll also nicht senkrecht in den Knoten eingestochen werden, sondern tangential, in die Richtung der Basis des Knotens. Bei dieser Art der Injektion nekrotisierten die Knoten immer, während wir bei der ersteren Art oft gezwungen waren, die Injektion in denselben Knoten zu wiederholen. Die Injektionen sind schmerzlos, sehr selten wurde über kurzdauerndes Brennen geklagt, die Patienten sind sofort arbeitsfähig, und die Nachbehandlung besteht in der Verordnung von Sitzbädern und der Sorge um täglichen Stuhl, den man am besten mit kleinen Gaben von Pulv. Liquir. comp. erzielt.“

Wirkungsweise der Injektion.

„In allen von mir behandelten Fällen hörte nach 15 Minuten bis höchstens 1 Stunde das vorherige Brennen, Juckreiz und alle die anderen Beschwerden auf, die zur Behandlung Anlaß gewesen. Ein Thrombosieren der Knoten gelingt in allen Fällen. Jedesmal bildet sich ein wandständiger Thrombus, von dem aus es zu einem vollständigen Schrumpfen der Knoten kommt. In weitaus der Mehrzahl aller Fälle ging die Bildung der Thromben sehr schnell. Am zweiten Tage nach der Injektion ist der Knoten abgeschwollen und palpatorisch schmerzlos. Die subjektiven Beschwerden gehen viel früher zurück. Immerhin gibt es eine Anzahl von verlangsamerter Rückbildung der Knoten. Ich schätze sie auf 8—10 Prozent. In diesen Fällen halten die entzündliche Schwellung und damit die subjektiven Beschwerden noch an, werden aber allmählich geringer, doch noch nach mehreren Tagen verspürt der Patient das Gefühl eines Fremdkörpers im After. In diesen Fällen dauert es bis zur endgültigen Schrumpfung meist eine Woche, doch sind mir zwei Fälle bekannt, in denen es bis zu fünf Wochen gedauert hat.“ (Glaser - 2 -.)

„In den meisten Fällen klagten die Kranken, von dem kurzen Injektionsschmerz abgesehen, über keine wesentlichen Nachschmerzen, ja sie gaben vielfach sofortige Besserung ihrer Beschwerden an. Die Heilung erfolgt in den meisten Fällen durch Resorption; bei zwei Patienten erfolgte die Heilung dadurch, daß sich die injizierten Knoten nach eingetretener trockener Nekrose spontan abstießen.“ (Dresel - 6 -.)

„Die Knoten thrombosieren zum Teil, um dann zu schrumpfen, zum Teil zerfallen sie zu einer nekrotischen Fläche, die in ganz kurzer Zeit mit einer glatten Narbe heilt.

Die Patienten geben an, daß schon nach der ersten Behandlung, einige Stunden nach der Injektion, die Schmerzen, die lästigen Erscheinungen des fortwährenden Dranges und das unangenehme Gefühl beim Sitzen verschwinden; in wenigen Tagen auch das Bluten.“ (Kirschen -8-.)

Wie aus diesen verschiedenen Bemerkungen und den sonstigen Erfahrungen hervorgeht, können die vorhandenen Knoten nach der Injektion auf zweierlei Art verschwinden: 1. durch Thrombosierung und Resorption; 2. durch Thrombosierung, Demarkation und Abstoßung. Es muß hier ganz besonders betont werden, daß diese evtl. eintretende Demarkation und Abstoßung keine Komplikation oder unangenehmen Zwischenfall bedeutet. Im Gegenteil! Sie ist eine völlig abgegrenzte, am Punkte der Injektion lokalisierte Erscheinung, die völlig schmerzlos verläuft und die Knoten viel schneller, dadurch, daß sie sich abstoßen, zum Verschwinden bringt, wie bei der einfachen Resorption. Die Wiener Schule (Kirschen -8-) sucht diese Demarkation durch ihre Injektionstechnik ja geradezu hervorzurufen.

Nachbehandlung.

„Von Wichtigkeit ist eine zweckmäßige Nachbehandlung nach der Injektion. So stellten sich bei drei Fällen an den frisch obliterierten Knoten infolge ihres Verlustes an Elastizität Längsrisse durch den Knoten ein, die einige Tage schmerzten. Bei zweien dieser Fälle konnte als wahrscheinliche Ursache dieser Heilungsstörung eine trotz gegebener Verhaltungsmaßnahmen aufgetretene Obstipation festgestellt werden. Aber auch diese Fälle heilten mit sehr gutem Resultat aus.“ (Dresel -6-.)

„Mit der Injektion ist natürlich die Tätigkeit des Arztes nicht erschöpft. Sehr oft erfordern Proktitis, Ekzem, Fissuren eingehende Nachbehandlung.“ (Glaser -2-.)

Mit der Nachbehandlung bei Analekzem beschäftigt sich vor allem Richter (7). Er weist zunächst darauf hin, wie schwierig bisher die Behandlung solcher Ekzeme war, wenn Hämorrhoiden die Ursache bildeten. „Eine Operation war bei vorliegendem Ekzem nicht möglich, Salben- und Zäpfchenbehandlung verschlimmerten nur das Ekzem, und dieses konnte wiederum nicht heilen, solange die Ursache, also die Hämorrhoiden, nicht beseitigt waren. Hier ist die Injektionsbehandlung die

Methode der Wahl. Nach erfolgter Verödung kann dann die Lokalbehandlung des Ekzems durchgeführt werden. Wir gehen hier wie folgt vor: Bei akut nässenden Ekzemen lassen wir zunächst drei- bis viermal täglich Wattebäusche mit Vitrisol-Zinköl oder Fissan-Zinköl bzw. Helfenberger Zinköl einführen. Läßt das Nässen nach, so lassen wir nach jedem Stuhlgang, auch morgens und abends, die Analgegend mit einem mit Sublimatlösung 1:1000 getränkten Wattebausch vorsichtig abtupfen. Danach wird in der angegebenen Weise Zinköl appliziert. Bei den licheninfizierten Ekzemen können wir neben der Sublimatanwendung Teergemische versuchen, so z. B. Arningsche Tinktur (Anthrabin 2,0, Tumenol ammon. 8,0, Aether sulf. 10,0, Tinct. benz. ad 60,0 oder Pic. Litanthr. 10,0, Benzol 20,0, Azeton ad 60,0) führt auch diese Behandlung nicht zum Ziele oder wird Teer nicht vertragen, so kann man durch Verseifen mit 20prozentiger Kalilauge den chronischen Prozeß zunächst akut machen und dann, wie vorher angegeben, mit Zinköl und Sublimat behandeln. Auf diese Weise konnten wir selbst jahrelang bestehende Leiden in kurzer Zeit zur Abheilung bringen, nachdem die Ursache beseitigt war.“

Kontra-Indikationen.

„Überhaupt, das ist ja wohl selbstverständlich, darf man natürlich Allgemeinerkrankungen nicht außer acht lassen. Bei Vitien muß man vorher versuchen zu kompensieren, bei Diabetes möglichst entzuckern. Dies letztere muß besonders erwähnt werden, da die Kombination Diabetes—Hämorrhoiden sehr häufig vorkommt und auch in meinem Material eine große Rolle spielt.“ (Glaser - 2 -.)

„Hochsitzende Hämorrhoidenknoten, deren Antepionierung auch durch Ansaugen nicht gelingt, gehören, wenn sie bluten oder schmerzen, nach wie vor dem Chirurgen.

Infektiöse Vorgänge der Anusgegend sind gleichfalls Kontra-Indikation zur Verödung. Dann muß interne oder dermatologische Vorbehandlung stattfinden, bis die Infektion makroskopisch geschwunden ist, d. h. bis sich die Knoten deutlich von gesunder Haut oder Schleimhaut abheben.“ (Derselbe - 1 -.)

„Als Kontra-Indikationen für diese Behandlungsmethode würden wir Diabetes, Herz- und Nierenkrankheiten, Schwangerschaft (die Schwangerschaft wird von den meisten nicht als Kontra-Indikation aufgefaßt) ansehen.“ (Richter - 7 -.)

„Als Kontra-Indikation gegen die Behandlung betrachte ich nur schwere eitrige Prozesse in der Gegend des Anus, Prostata-

erkrankungen und Nephritiden. Keineswegs aber ist, wie ich mich bei mir selbst überzeugen konnte, eine akute Entzündung der Hämorrhoidalknoten eine Kontra-Indikation; im Gegenteil, ich kann nur sagen, daß die vor der Injektion sehr heftigen Beschwerden nach der Behandlung schlagartig verschwunden waren.“ (Dresel -6-.)

Dauer der Heilung. — Rezidive.

Die Dauer der Heilung ist natürlich individuell völlig verschieden. Sie hängt von der Größe und der Anzahl der Knoten, von konstitutionellen Momenten und sehr wesentlich von der Technik des Spritzenden ab. Während die subjektiven Beschwerden, wie oben ausgeführt, im allgemeinen sehr schnell verschwinden, dauert es naturgemäß einige Zeit, bis die injizierten Knoten sich abstoßen oder resorbiert werden. Das erstere geht viel schneller, das letztere dauert zwischen 2 bis 8 Wochen. Da der Prozeß schmerzlos verläuft, spielt die Dauer der Resorption ja keine wesentliche Rolle.

Über Rezidive äußern sich die einzelnen Autoren wie folgt:

„Bei der relativ kurzen Beobachtungsdauer meiner Fälle habe ich bisher keine Rezidive gesehen. Aber trotzdem kann man ganz sicher erwarten, daß welche auftreten werden. Denn jeder, der ein großes Material von Darmkranken überblickt, weiß: Es gibt Rezidive nach jeder Art der Behandlung, nach Brennen, Ätzen, Veröden sowie nach den radikalsten Exstirpationen. Denn wir können leider immer nur das Symptom, die Hämorrhoidenknoten, heilen, nie die konstitutionelle Anlage zur Hämorrhoidenbildung.“ (Glaser -1-.)

„Rezidive am gespritzten Knoten habe ich nicht gesehen. Wenn es nicht gelang, alle entzündeten Knoten in einer Sitzung zu spritzen, habe ich den Patienten in 14 Tagen zu erneuter Injektion bestellt. Die Injektion ist immer ein so geringer Eingriff und wird bei diesem so unangenehmen und quälenden Leiden als so segensreich empfunden, daß noch nie ein Patient sich geweigert hat, zur erneuten Injektion zu kommen.“ (Derselbe -2-.)

„Über Rezidive können wir noch nichts sagen, aber auch, wenn solche auftreten sollten, würden sie nicht gegen die Durchführung dieser einfachen Methode, die sich ja mit Leichtigkeit zu jeder Zeit wiederholen läßt, sprechen.“ (Richter -7-.)

„Rezidive sind bisher nicht beobachtet worden.“ (Dresel -6-.)

„Rezidiv ist, soweit man dies am ambulatorischen Material feststellen konnte, bei keinem Patienten eingetreten; wir

würden aber in einem solchen Falle die neu auftretenden Knoten nach derselben Methode behandeln.“ (Kirschen.)

Über die Möglichkeit der Rezidive wird in der Literatur (9) auf Grund anatomisch-pathologischer Betrachtungen betont, daß es sich beim Hämorrhoidalleiden lediglich um ein Symptom einer allgemeinen Gewebsschwäche handelt, die sehr oft mit Krampfadern und Plattfüßen einhergeht. Jede Behandlung der Hämorrhoidalknoten — abgesehen von denjenigen, die akut infolge von Erkältungen, plötzlichen Stauungen usw. auftreten — wird daher eine symptomatische Behandlung sein, die nicht vor Rezidiven schützt. Die gespritzten Knoten — das muß besonders betont werden — rezidivieren nicht, wohl aber können neue Knoten auftreten. Alle Autoren sind sich darin einig, daß der kleine Eingriff der Injektion — im Gegensatz zur Operation — ohne weiteres dann wiederholt werden kann und die Patienten sich dem auch willig unterziehen.

Gefahren — Versager — Zwischenfälle.

Die wichtigste Frage ist zunächst die der Emboliegefahr. Darüber äußerte sich der Altmeister der Injektionstherapie der Hämorrhoiden, I. Boas, in einer Sitzung eines Berliner Ärztevereins wie folgt: „Die Emboliegefahr ist eine Legende, der man nicht energisch genug entgegentreten kann. Es gibt keine Emboliegefahr bei der Hämorrhoidenverödung.“

Auch Glaser (2) schreibt wie folgt:

„Über die Emboliegefahr bei Hämorrhoiden wird viel gesprochen, in Wirklichkeit gibt es keine. Bei der Entzündung besteht ja eine Thrombophlebitis, aber daß von dort aus Embolien entstanden seien, ist meines Wissens noch nie beschrieben worden. Vielleicht spielen die anatomischen Verhältnisse dabei eine Hauptrolle: die Hämorrhoidalvenen sind ohne Klappen, ihr Abfluß geht direkt via Hypogastrica in die Cava. Wie bei der spontan entstandenen, so ist auch bei der artifiziellen Erzeugung eines Hämorrhoidenthrombus nie eine Embolie entstanden.“

In der Tat sind bei den in die Tausende gehenden Hämorrhoideninjektionen noch nie Embolien beobachtet worden.

Kann das Antiphlebin allgemeine Nebenwirkungen verursachen?

„Die Frage der Nebenwirkungen ist schnell beantwortet. Bei der Höchstdosis — die ich z. B. nur ein einziges Mal gegeben habe — bekommt der Patient 0,2 g Chinin. In weitaus

der Mehrzahl der Fälle nur 0,06 bis 0,08 g. Davon kommt sicher nur ein Bruchteil in den Kreislauf, denn der größte Teil bleibt an der Knotenwand und bildet dort einen Thrombus. Ich habe auch niemals eine Allgemeinwirkung des Chinins nachweisen können. Bei einer fieberhaften Grippe mußte ich wegen starker Hämorrhoidalbeschwerden eine große Dosis spritzen. Das Fieber blieb unbeeinflusst, auch bei mehreren Schwangeren trat keinerlei Allgemeinreaktion auf. Puls und Blutdruck, die ich in zahlreichen Fällen kontrollierte, waren völlig ohne Veränderung nach der Injektion. Ich bin also zu der Feststellung berechtigt: Embolien und Nebenwirkungen sind bei der Verwendung von Antiphlebin ausgeschlossen.“ (Glaser -2-.)

Die im Verhältnis zu den ganz überwiegend zustimmenden Urteilen, isolierten Klagen über nicht befriedigende Ergebnisse der Antiphlebinmethode, hatten folgende Ursachen:

Schmerzhaftigkeit der Injektion: Darüber klagen dürften nur sehr wehleidige Patienten, die über jeden Einstich klagen würden, oder solche Patienten, bei denen die starke Entzündung oder Ekzem die ganze Analgegend gegen jegliche Berührung empfindlich gemacht hat. Hat man solche Klagen zu erwarten, so lege man einen 2 % Percaintampon oder ähnliche 5—10 Minuten vor der Injektion ein, man mache sich diese Anästhesierung aber ja nicht zur Regel.

Spätschmerzen: Auch hier soll man sich vor der übertriebenen Wehleidigkeit mancher Patienten hüten, die das leiseste Brennen oder Ziehen nach dem Nachlassen der momentan anästhesierenden Wirkung des Antiphlebins gleich als „Schmerzen“ bezeichnen. Treten aber solche Schmerzen tatsächlich auf, so ist dies nach der Meinung aller erfahrenen Anhänger der Methode ein untrügliches Zeichen, daß außerhalb des Knotens gespritzt worden ist. Man mache sich daher zur Regel, nur gut sichtbare oder sichtbar gemachte Knoten zu spritzen und höchstens 3—4 Knoten in einer Sitzung zu veröden. Wenn durchführbar, ist ein Tag Ruhe nach dem Eingriff empfehlenswert. Man spritze keine fibrösen Knoten, die man durch das härtere Gefühl beim Betasten erkennt. Die angesaugten und gespritzten Knoten sind nach Möglichkeit zu reponieren, wie oben bereits erwähnt. Im übrigen lassen sich die Feinheiten der Technik, so einfach sie auch ist, nur durch eigene Übung erlernen.

Demarkationen: Nekrosen sind kein unerwünschter Zwischenfall, wie bereits ausgeführt wurde. Nur die schmerzhafteste Nekrose ist ebenfalls ein Zeichen, daß gesundes Gewebe ge-

troffen wurde. Im übrigen sind aber auch diese keineswegs alarmierend, denn abgesehen von den Schmerzen, führen sie zu keinem ernsteren Zwischenfall.

Die Literatur (9) beschreibt einen extrem schweren Fall von 20 Jahre dauerndem, apfelgroßem Knoten mit schwersten Blutungen, der aus besonderen Gründen in einer Sitzung mit 14 Injektionen (!) zu je 2 Tropfen Antiphlebin behandelt wurde. Der stark geschwollene Knoten konnte nach der Sitzung nicht mehr reponiert werden, ging aber trotz dieser außerordentlich hohen Dosierung innerhalb von drei Wochen glatt in Heilung und Resorption über. Abgesehen von den Schmerzen in den ersten Tagen traten keinerlei Zwischenfälle ein und der Patient war sein langjähriges Leiden los. Ein Beweis für die Wirksamkeit und die Unschädlichkeit der Methode.

Ungenügende oder nicht eingetretene Verödung. Hier spielen Disposition und Konstitution des Patienten die nicht vorauszuahnende Hauptrolle. Man fasse daher die erstmalige Injektion im allgemeinen als Probeinjektion auf. Sie wird in 95 Prozent der Fälle nach den gegebenen Vorschriften ohne weiteres zum Erfolge führen. Manche, wenn auch wenige Fälle, lassen sich schwer, selten überhaupt nicht veröden. Diese letzteren müssen operiert werden. Bei ungenügender Verödung wiederhole man die Injektion nach einigen Tagen mit einer größeren Dosierung. Diese wird manchmal bei großen (über Nußgröße) Knoten der Fall sein müssen, die häufig in Kammern geteilt sind, und wo die erste Injektion vielleicht nur eine Kammer verödet hat. Man spritzt dann erneut den Knoten an einer anderen Stelle. Man mache die Patienten das erstemal prinzipiell darauf aufmerksam, daß die Injektion evtl. wiederholt werden muß.

Wirtschaftlichkeit.

„Ehe ich zur Antiphlebintherapie übergang, verschrieb ich den Patienten meist Zäpfchen, in vielen Fällen außerdem noch eine Salbe. Von den Zäpfchen mußte der Patient mindestens acht Tage lang zweimal täglich eins verwenden und dann weiterhin nur 1 Zäpfchen für weitere zwei, drei, oft auch vier Wochen. Häufig war noch eine Salbe erforderlich. Der Preis der verwandten Zäpfchen beträgt für 12 Stück rund 3.— RM., der der Salbe rund 1.75 RM. pro Tube. Preisunterschiede von 20 oder 30 Pfennig am Zäpfchen spielen praktisch kaum eine Rolle. Gemäß den oben angeführten Preisen betragen die reinen Arzneikosten bei der erwähnten Dosierung für die erste

Woche 3.50 RM., für die zweite, dritte und vierte Woche zusammen 5.25 RM.; hierzu kommen noch 3.45 RM. für zwei Tuben Salbe, von denen wir einmal annehmen wollen, daß sie dem Patienten für vier Wochen ausreichen. Insgesamt entstehen also für vier Wochen an Kosten für Zäpfchen und Salbe 13.20 RM. Von der Unsauberkeit, welche ein nicht zu vermeidendes Übel der Salben- und Zäpfchenbehandlung ist, will ich gar nicht sprechen, es gibt jedoch eine ganze Reihe Patienten, welche die rektale Therapie überhaupt aus ästhetischen Gründen ablehnen! Nun zu den Kosten der Antiphlebinbehandlung: Die einzelne Ampulle Antiphlebin kostet 1.45 RM., bei der Packung mit 6 Ampullen, die sich der Arzt, der diese Injektionen häufiger zu machen pflegt, zweifellos vorrätig halten wird, beträgt der Preis einer Ampulle nur noch ca. 1.20 RM. Nimmt man nun an, daß der Arzt bei einer größeren Anzahl von Hämorrhoidalknoten in einer Sitzung jeweils nur 2 Knoten verödet — praktisch steht der Verödung einer größeren Anzahl, allerdings nicht allzu großer Knoten, nichts im Wege —, so stellt sich der Preis für eine Verödung auf 60 Pfennig. (Marx - 10 -.)

Ergebnisse.

Selten ist eine Methode, bei einer Erfahrung von nunmehr Tausenden von Injektionen, so fast einmütig gelobt worden, wie die Hämorrhoidenverödung mit Antiphlebin. Die vorstehenden Auszüge, aus Publikationen entnommen, geben ein beredtes Beispiel hierfür.

Literatur umseitig.

Literatur:

1. A. Glaser, Berlin: Schmerzlose Verödung von Hämorrhoiden. Berliner Medizinische Gesellschaft, Sitzung vom 11. März 1931. Medizinische Klinik 1931 Nr. 34.
2. A. Glaser, Berlin: Injektionsbehandlung von Hämorrhoiden beim ambulanten Patienten. Die Medizinische Welt 1932 Nr. 17.
3. A. Glaser, Berlin: Kongreß für Verdauungskrankheiten, Wien 1932.
4. A. Glaser, Berlin: Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden. Die Medizinische Welt 1934 Nr. 6.
5. Weis, Beuel-Bonn: Die Behandlung der Hämorrhoiden mit Antiphlebin. Münchener Medizinische Wochenschrift 1932 Nr. 9.
6. E. Dresel, Stettin: Hämorrhoidenbehandlung durch Verödung mit Chininlösung (Antiphlebin). Deutsche Medizinische Wochenschrift 1932 Nr. 36.
7. W. Richter, Chirurg. Univ.-Klinik, Berlin: Behandlung der Hämorrhoiden durch Veröden mit Chininlösungen. Die Medizinische Welt 1932 Nr. 33.
8. M. Kirschen, Wien, Mariahilfer Spital, Abtlg. Prof. Zweig: Die Behandlung der Hämorrhoiden mit Antiphlebin. Wiener Medizinische Wochenschrift, 6. Oktober 1932.
9. B. Cohn, Berlin: Die Hämorrhoidenbehandlung durch Antiphlebin-einspritzung. Medizinische Klinik 1933 Nr. 4.
10. W. Marx I, Köln: Eine wirtschaftliche Behandlungsmethode der Hämorrhoidalknoten. Fortschritte der Medizin 1933 Nr. 4.
11. Hoffheinz, Chirurg. Univ.-Klinik, Leipzig: Vortrag vor der Medizinischen Gesellschaft Leipzig. Klinische Wochenschrift 1934 Nr. 19.
12. W. Richter, Univ.-Hautklinik, Bonn: Ueber kausale Therapie bei Analekzemen. Die Medizinische Welt 1934 Nr. 29.
13. A. Szegedi, Charité-Poliklinik Budapest: Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoidalknoten. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1934 Nr. 15.
14. Otto Müller, Berlin: Zur Injektionsbehandlung von Hämorrhoiden. Med. Klinik 1935 Nr. 15.

